

Teresa Rostowska,
Katarzyna Wałęcka-Matyja

Obraz siebie i poziom samooceny kobiet po amputacji piersi oraz kobiet ze schorzeniami skóry – analiza porównawcza

The self-image and the level of self-appraisal of women after mastectomy and women with skin illnesses – comparative analysis

T. Rostowska ✉,
K. Wałęcka-Matyja
Zakład Psychologii Rodziny
i Rozwoju Człowieka
Instytut Psychologii
Uniwersytetu Łódzkiego
ul. Smugowa 10/12,
91-433 Łódź

Tel.: 042 / 616 95 83
Fax: 042 / 616 95 83
terros@uni.lodz.pl
kwalecka@uni.lodz.pl
Kwałęcka

Wpłynęło: 30.01.2003
Zaakceptowano: 11.02.2003

Streszczenie Celem podjętych badań było określenie poziomu samooceny kobiet, których wygląd został zmieniony pod wpływem choroby i kobiet zdrowych. Rozpatrywano także realny obraz siebie w badanych grupach. Grupy eksperymentalne stanowiły kobiety po zabiegu amputacji piersi oraz kobiety ze schorzeniami skóry. W badaniu uczestniczyło 140 osób, najczęściej w przedziale wiekowym 30—49 lat. Do celów niniejszych badań wykorzystano następujące metody badawcze: Test Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibruna oraz ankietę personalną. Uzyskane wyniki badań wskazują, że kobiety oszczędzone zarówno przez chorobę nowotworową, jak i przez schorzenia skóry cechuje wyższy poziom samooceny niż kobiety zdrowe. Realny obraz siebie kobiet po mastektomii okazał się bardziej korzystny z punktu widzenia funkcjonowania jednostki niż obraz kobiet z problemami dermatologicznymi. Uzyskane wyniki badań wskazują na potrzebę pomocy psychologicznej wobec kobiet doświadczających niekorzystnych zmian w wyglądzie fizycznym pod wpływem procesu chorobowego. Podkreśla się znaczącą rolę grupy wsparcia.

Słowa kluczowe choroby skóry • grupa wsparcia • mastektomia • obraz siebie • samoocena

Abstract A purpose of the study was estimating the level of self-appraisal of women, whose appearance was changed because of illnesses and healthy women. The real self-image of the examined groups was taken into consideration, too. The experimental groups were composed of women after mastectomy and women with ill skin. The series included 140 women, who were usually between 30—49 years old. The following methods were used in the study: Adjectives Test ACL H.G. Gouha i A. Helibruna and personal questionnaire. These results point that women, whose appearance was changed by cancer and skin illnesses have higher level of self-acceptance than the healthy women. The self-image of women after mastectomy was better than the self-image of women with skin ill. The results point to a need of psychological assistance for women who experienced change in their physical appearance, caused by an illness. The results indicate the significant role of support groups.

Key words mastectomy • self-appraisal • self-image • skin illnesses • support groups

Wstęp

Wygląd zewnętrzny człowieka jest jednym z wielu czynników wpływających na to, jak postrzegamy siebie i jak oceniają nas inni ludzie. Z wielu badań wynika, iż osobom atrakcyjnym fizycznie przypisywane są często pozytywne cechy (efekt aureoli), w przykrych sytuacjach bywają one traktowane w sposób bardziej przychylny niż osoby uznawane za nieładne, częściej piastują stanowiska kierownicze, i tym samym mają większy wpływ na innych [4].

Uroda szczególnie ważną rolę odrywa dla płci żeńskiej. Każda epoka posiada swój standard kobiecego piękna i choć na przestrzeni wieków oceny i gusta ulegały zmianom, to jednak pewne wskaźniki piękna pozostały niezmienne.

Z badań Singha (1993) wynika, że im mniejszą liczbą wyrażony jest stosunek obwodu talii do odvodu bioder, tym za atrakcyjniejszą uważana jest kobieta. Inną cechą, wiążącą się z urodą jest symetria ciała, czyli stopień w jakim lewa i prawa strona ciała są swoim lustrzanym odbiciem (Langlois, Rogman; 1990) [4]. Do cech zwiększających atrakcyjność kobiety zaliczyć należy także średnią wagę ciała,

duże, szeroko rozstawione oczy, wysoko umieszczone kości policzkowe, delikatną szczękę oraz pełne usta. Należy dodać również, iż na całym świecie za ważny atrybut piękna ciała uznawana jest czysta, gładka skóra [12].

Współcześnie istnieje silna presja społeczna, by być młodym, atrakcyjnym człowiekiem sukcesu. Ideał kobiecego piękna, lansowanego przez gazety oraz media stanowi wyzwanie dla ambitnych kobiet, ceniących wygląd zewnętrzny. Niepodołanie tym społecznym oczekiwaniom może prowadzić do niezadowolenia z siebie (w Polsce, według badań zrealizowanych przez TNS OBOP w 2002 roku aż 62% badanych kobiet miało zastrzeżenia do swej urody. Najbardziej nie podobają się sobie czterdziestolatki i nastolatki [11]) oraz braku harmonii emocjonalnej, owocującym różnorodnymi zaburzeniami.

Na szczególną uwagę zasługuje sytuacja kobiet, które w wyniku ciężkiej choroby utraciły niektóre z wyżej wymienionych atrybutów atrakcyjności fizycznej. Do schorzeń wpływających w znaczący sposób na obraz siebie i samoocenę jednostki zalicza się niewątpliwie chorobę nowotworową gruczołu piersiowego oraz schorzenia skóry, takie jak łuszczyca czy też atopowe zapalenie skóry. Do ich wspólnych cech można zaliczyć to, iż oba tego typu schorzenia nadal stanowią dla medycyny wyzwanie, bowiem proces leczenia jest dla pacjenta uciążliwy i nie gwarantuje pełnego powrotu do zdrowia, jak również fakt, że choroby te, w sposób szczególny, oszczędzają chorego. Należy również dodać, że choroby te zdecydowanie determinują zachowania chorych, sposób spostrzegania świata oraz kontakty interpersonalne [1–3, 5, 6, 10, 11, 13–15].

Nowotwór gruczołu piersiowego jest niewątpliwie jedną z najważniejszych chorób kobiecych, zarówno z powodu powszechności jego występowania, jak również wywołanych konsekwencji fizjologicznych i psychologicznych. Wielu badaczy wskazuje na złożony wymiar psychicznego dyskomfortu kobiet, które przeszły zabieg amputacji piersi [1–3, 11, 13, 15].

Choroby skóry mogą przebiegać bez żadnych dolegliwości somatycznych (np. bielactwo nabyte), jak i z uporczywymi objawami (np. łuszczyca, atopowe zapalenie skóry), które niejednokrotnie powodują odrażający wygląd ciała, zwłaszcza w odkrytych częściach. Schorzenia z tej grupy mogą wywierać głęboki wpływ na stan psychiczny chorego, obraz siebie i samoocenę. Mogą także sprawić, iż chory człowiek będzie odbierany przez otoczenie jako „zaraźliwy”, co w konsekwencji doprowadzi do unikania kontaktu z nim, stygmatyzacji czy izolacji społecznej [5, 6, 9, 13]. Źródło problemów emocjonalnych mogą stanowić także dokuczliwe objawy towarzyszące schorzeniom skóry, takie jak świąd oraz pieczenie, które niejednokrotnie są przyczyną rozdrażnienia, bezsenności czy niepokoju [7].

Ważnym zatem wydaje się zwrócenie uwagi ku tym jednostkom, których obraz siebie i samoocena mogą być zmienione pod wpływem ciężkiej choroby, w celu opracowania skutecznych metod psychologicznego wsparcia.

Obraz własnej osoby, to zdaniem J. Kozielskiego zbiór sądów i wyobrażeń na temat własnego wyglądu zewnętrznego, intelektu, charakteru, dojrzałości emocjonalnej, stosunków z innymi ludźmi oraz aspiracji życiowych. Termin ten utożsa-

miany jest przez autora koncepcji z takimi określeniami, jak samowiedza czy autoportret [9]. Jednym z centralnych składników obrazu siebie jest samoocena. Ma ona charakter sądów wartościujących. W niniejszej pracy pojęcie samooceny jest używane zamiennie z pojęciem samoakceptacji, bowiem badane kobiety oceniały siebie w Teście Przymiotników ACL a wynikiem ich ocen była wartość współczynnika podobieństwa profili (IP), świadczącego o poziomie samoakceptacji.

Konkludując, omówione powyżej rozumienie terminów: obraz siebie, samoocena i samoakceptacja będzie stosowane w pracy.

Materiał i metody

Celem prezentowanych w niniejszym artykule wyników badań było przeprowadzenie analizy porównawczej w zakresie poziomu samooceny oraz obrazu siebie (*ja realne*) w grupie kobiet, których wygląd zewnętrzny został niekorzystnie zmieniony w wyniku choroby (nowotwór piersi, schorzenia skóry) oraz kobiet zdrowych. Założono zweryfikowanie przyjętych na podstawie przeglądu literatury następujących hipotez badawczych:

- H1. Kobiety po amputacji gruczołu piersiowego cechuje niższy poziom samooceny niż kobiety zdrowe.
- H2. U kobiet z problemami dermatologicznymi występuje niższy poziom samooceny niż u kobiet zdrowych.
- H3. Istnieją różnice w obrazie siebie (*ja realne*) między grupą kobiet po mastektomii a grupą kontrolną.
- H4. Istnieją różnice w obrazie siebie (*ja realne*) między grupą kobiet ze schorzeniami skóry a kobietami zdrowymi.
- H5. Kobiety po mastektomii, należące do grupy wsparcia, jaką stanowi Klub Amazonek, cechuje obraz siebie (*ja realne*), pozwalający na lepsze przystosowanie do otoczenia niż kobiety ze schorzeniami skóry, nie doświadczające tego typu wsparcia.

Charakterystyka badanych grup

Badaniami objęto 140 kobiet, najczęściej reprezentujących przedział wieku 30–49 lat. Wyodrębniono dwie grupy eksperymentalne i dwie grupy kontrolne, co podyktowane było odmiennym typem schorzenia, mającego niekorzystny wpływ na wygląd zewnętrzny jednostki i jej funkcjonowanie. Grupę kobiet po mastektomii oraz grupę kobiet z problemami dermatologicznymi potraktowano jako równoważne grupy eksperymentalne.

Pierwszą grupę eksperymentalną (S) tworzyły 32 kobiety cierpiące na choroby skóry, takie jak: łuszczyca, atopowe zapalenie skóry oraz pokrzywka. Były to pacjentki Kliniki Dermatologicznej Akademii Medycznej w Łodzi.

Drugą grupę eksperymentalną (M) tworzyło 38 kobiet, które przeszły zabieg amputacji gruczołu piersiowego, należące do Klubu Amazonek. Były to pacjentki Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi.

Natomiast grupę kontrolną (KS) dla kobiet ze schorzeniami skóry (32 osoby) tworzyły kobiety pozbawione problemów

dermatologicznych, zaś grupę kontrolną dla kobiet po mastektomii (KM) stanowiły kobiety, które nie miały wykonywanego zabiegu amputacji piersi (38 osób).

Badania były anonimowe, a osoby biorące w nich udział poinformowane o przeznaczeniu wyników badań wyłącznie do celów naukowych.

Metody badań

Do celów niniejszych badań wykorzystano następujące techniki badawcze:

- Test Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibruna;
- ankietę personalną.

Test Przymiotników ACL posłużył do określenia poziomu samooceny oraz obrazu siebie (*ja realne*) u badanych grup kobiet. Natomiast ankietę personalną pozwoliła uzyskać dodatkowe informacje o badanych osobach, np. wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania. W uwzględnionych przez nią obszarach nie stwierdzono znamiennych statystycznie różnic między badanymi grupami.

Wyniki badań

Samoocena badanych grup kobiet

Obraz siebie, samoocena oraz samoakceptacja zajmują istotną pozycję w strukturze osobowości człowieka. Liczne badania dowodzą, iż nierzadko mają one wpływ na podejmowane działania i preferowane przez jednostkę postawy.

Celem prezentowanych poniżej wyników badań było określenie poziomu samooceny badanych grup kobiet, które zostały oszczędzone przez chorobę.

Poziom samooceny określono na podstawie Testu Przymiotników ACL, biorąc pod uwagę współczynnik podobieństwa profili (IP). Dane w tym zakresie zamieszczone zostały w Tabeli 1.

Analiza otrzymanych wyników badań wskazuje na występowanie istotnych statystycznie różnic między grupami w zakresie wskaźnika podobieństwa profili ($t=2,263$; $p\leq 0,027$). Kobiety po mastektomii osiągnęły niższą wartość średnią IP (46,16) niż grupa kontrolna (KM) (56,85). Wskazuje to na większe podobieństwo między *ja realnym* i *ja idealnym*, co wystąpiło w grupie kobiet chorych niż zdrowych. Można zatem stwierdzić, iż kobiety po amputacji gruczołu piersiowego cechuje wyższy poziom samoakceptacji niż kobiety zdrowe.

Podobną analizę wyników przeprowadzono w odniesieniu do kobiet ze schorzeniami dermatologicznymi.

W Tabeli 2 przedstawiono wyniki badań, dotyczące poziomu samooceny kobiet cierpiących na schorzenia skóry (S) oraz kobiet zdrowych (KS).

Z danych zawartych w Tabeli 2 wynika, że średnia wartość wskaźnika podobieństwa profili (IP) dla grup eksperymentalnej (S) i kontrolnej (KS) osiągnęła poziom statystycznej istotności, czego wyrazem jest wartość testu t-Studenta ($t=-2,195$; $p\leq 0,032$). Zaskakujący jest jednak fakt, że kobiety ze schorzeniami skóry osiągnęły niższe wyniki (43,82) niż kobiety, których ten problem zdrowotny nie dotyczy (57,64). Pozwala to wnioskować o ich wyższym poziomie samoakceptacji.

Z przedstawionych wyżej porównań wynika, że zarówno kobiety po mastektomii, jak i kobiety cierpiące na schorzenia skóry przejawiają wyższy poziom samoakceptacji niż kobiety z grup kontrolnych. Uzasadnieniem dla tak zaskakujących wyników badań zdają się być mechanizmy obronne stosowane przez kobiety, których wygląd zewnętrzny został niekorzystnie zmieniony w wyniku choroby. Dostrzeganie w sobie innych wartości niż atrakcyjność fizyczna, może w pewnym stopniu kompensować jej brak. Także konieczność zmagania

| Wskaźnik samooceny | Badane grupy | | t | p |
|------------------------------------|---------------------|----------------|-------|-------|
| | Eksperymentalna (M) | Kontrolna (KM) | | |
| | Średnia | Średnia | | |
| Wskaźnik podobieństwa profili (IP) | 46,13 | 56,85 | 2,263 | 0,027 |

Tabela 1. Istotność różnic między badanymi grupami kobiet po mastektomii (M) oraz kobiet zdrowych (KM) w zakresie samooceny.

| Wskaźnik samooceny | Badane grupy | | t | p |
|------------------------------------|---------------------|----------------|--------|-------|
| | Eksperymentalna (S) | Kontrolna (KS) | | |
| | Średnia | Średnia | | |
| Wskaźnik podobieństwa profili (IP) | 43,82 | 57,64 | -2,195 | 0,032 |

Tabela 2. Istotność różnic między badanymi grupami kobiet ze schorzeniami skóry (S) oraz kobiet zdrowych (KS) w zakresie samooceny.

| Skale ACL | Kobiety – Ja realne | | t | p |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------|---------|--------------|
| | Ekspery- mentalna (M) | Kon- trolna (KM) | | |
| | Średnia | Średnia | | |
| Liczba przymiotników | 41,45 | 40,66 | -0,335 | 0,738 |
| Nastawienie obronne | 46,76 | 43,68 | -1,705 | 0,092 |
| Liczba przymiotników pozytywnych | 47,76 | 43,50 | -1,645 | 0,104 |
| Liczba przymiotników negatywnych | 45,47 | 47,79 | 1,255 | 0,213 |
| Zaufanie do siebie | 51,21 | 46,63 | -2,465 | 0,016 |
| Samokontrola | 51,61 | 50,84 | -0,415 | 0,679 |
| Labilność | 46,50 | 42,79 | -1,567 | 0,121 |
| Przystosowanie osobowościowe | 45,68 | 41,92 | -1,849 | 0,068 |
| Potrzeba osiągnięć | 48,89 | 44,61 | -2,298 | 0,024 |
| Potrzeba dominacji | 50,26 | 46,82 | -1,653 | 0,103 |
| Potrzeba wytrwałości | 54,42 | 51,92 | -1,300 | 0,197 |
| Potrzeba porządku | 54,50 | 52,92 | -0,0701 | 0,486 |
| Potrzeba rozumienia siebie i innych | 48,89 | 46,50 | -1,076 | 0,286 |
| Potrzeba opieki | 48,92 | 46,92 | -1,157 | 0,251 |
| Potrzeba afiliacji | 43,66 | 39,55 | -2,007 | 0,048 |
| Potrzeba kontaktów heteroseksualnych | 43,97 | 42,08 | -0,929 | 0,356 |
| Potrzeba pokazania się | 49,53 | 46,45 | -1,803 | 0,075 |
| Potrzeba autonomii | 46,66 | 45,76 | -0,599 | 0,551 |
| Potrzeba agresji | 61,39 | 50,34 | -0,902 | 0,370 |
| Potrzeba zmian | 41,24 | 38,53 | -1,436 | 0,155 |
| Potrzeba oparcia | 51,08 | 51,37 | 0,183 | 0,855 |
| Potrzeba poniżania się | 52,84 | 54,03 | 0,547 | 0,586 |
| Potrzeba ulegania | 50,42 | 50,74 | 0,209 | 0,835 |
| Gotowość do poradnictwa | 50,50 | 52,42 | 1,258 | 0,212 |

Tabela 3. Istotność różnic między badanymi grupami kobiet po mastektomii (M) oraz kobietami zdrowymi (KM) w zakresie obrazu siebie (*ja realne*).

nia się i przystosowywania do nieuleczalnej choroby może wytworzyć pewien dystans do problemów z nią związanych, co w konsekwencji prowadzi do osiągnięcia określonego stopnia harmonii emocjonalnej. Zatem hipotezy H1 i H2 nie zostały potwierdzone w badaniach własnych.

Ja realne badanych grup

Kluczowym problemem w niniejszym artykule jest obraz siebie, jaki prezentują kobiety po mastektomii i kobiety ze schorzeniami skóry. Zakres i kierunek analizy statystycznej określony został w hipotezach badawczych H3, H4 oraz H5. Podstawę dla określenia obrazu siebie u kobiet w porównywanych grupach stanowią wyniki badań zawarte w Tabelach 3 i 4.

Analizując dane dotyczące realnego obrazu samego siebie, u kobiet po mastektomii i kobiet, które tego zabiegu nie doświadczyły można zauważyć, iż średnie uzyskane przez obydwie grupy badanych mieszczą się w graniach wyników przeciętnych (40–60 punktów). Jednakże w kilku skalach stwierdzono znamienne statystycznie różnice między porównywanymi grupami.

Największą i najistotniejszą statystycznie różnicę stwierdzono w skali mierzącej Zaufanie do siebie ($t=-2,465$;

$p\leq 0,016$). W grupie kobiet po mastektomii średnia wartość była wyższa niż w grupie kontrolnej, co świadczy o większym zrównoważeniu, pewności siebie, aktywności oraz wytrwałości w działaniu przejawianym przez kobiety z grupy eksperymentalnej. Wynik ten dowodzi również, że kobiety po mastektomii posiadają umiejętności wywierania dobrego wrażenia na otoczeniu, które ocenia je często jako osoby silne, ufające sobie.

Kolejną istotną zależność ($t=-2,298$; $p\leq 0,024$) stwierdzono w skali określającej poziom Potrzeby osiągnięć. Kobiety po amputacji gruczołu piersiowego uzyskały średni wynik (48,89), a więc wyższy niż kobiety z grupy kontrolnej (44,61). Na tej podstawie można wnioskować, że kobiety po mastektomii charakteryzuje silniejsze dążenie do sukcesów w zadaniach wymagających wysiłku. Można przypuszczać, iż są one bardziej pracowite, mocniej zaangażowane w to, co robią niż kobiety z grupy kontrolnej.

W skali mierzącej Potrzebę afiliacji także zauważono znamienne statystycznie zależność ($t=-2,007$; $p\leq 0,048$). U kobiet z grupy eksperymentalnej średnia wartość była wyższa o 4,11 punktu niż u kobiet z grupy kontrolnej. Pozwala to wnioskować, że kobiety po amputacji piersi częściej podejmują działania, mające na celu poszukiwanie towarzysztwa oraz utrzymywanie przyjaznych stosunków z innymi ludźmi.

Tabela 4. Istotność różnic między badanymi grupami kobiet, cierpiącymi na choroby skóry i kobietami zdrowymi (KS) w zakresie obrazu siebie (*ja realne*).

| Skale ACL | Kobiety – <i>Ja realne</i> | | t | p |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------|--------|--------------|
| | Eksperymentalna (S) | Kontrolna (SM) | | |
| | Średnia | Średnia | | |
| Liczba przymiotników | 38,10 | 44,90 | -2,444 | 0,017 |
| Nastawienie obronne | 42,71 | 43,48 | -0,381 | 0,705 |
| Liczba przymiotników pozytywnych | 40,52 | 45,97 | -2,062 | 0,044 |
| Liczba przymiotników negatywnych | 46,94 | 50,23 | -1,585 | 0,118 |
| Zaufanie do siebie | 50,23 | 48,97 | ,0594 | 0,555 |
| Samokontrola | 47,29 | 52,71 | -3,008 | 0,004 |
| Labilność | 46,39 | 46,13 | 0,099 | 0,922 |
| Przystosowanie osobowościowe | 39,68 | 42,16 | -1,369 | 0,176 |
| Potrzeba osiągnięć | 50,29 | 52,13 | -1,094 | 0,278 |
| Potrzeba dominacji | 41,77 | 43,06 | -0,533 | 0,596 |
| Potrzeba wytrwałości | 47,29 | 52,71 | -3,008 | 0,004 |
| Potrzeba porządku | 50,23 | 48,97 | 0,594 | 0,555 |
| Potrzeba rozumienia siebie i innych | 42,71 | 43,48 | -0,381 | 0,705 |
| Potrzeba opieki nad sobą | 45,52 | 46,68 | -0,609 | 0,545 |
| Potrzeba afiliacji | 37,81 | 40,74 | -1,225 | 0,225 |
| Potrzeba kontaktów heteroseksualnych | 41,77 | 43,06 | -0,533 | 0,596 |
| Potrzeba pokazania się | 50,35 | 45,97 | 2,059 | 0,044 |
| Potrzeba autonomii | 48,58 | 45,58 | 1,771 | 0,082 |
| Potrzeba agresji | 53,03 | 48,61 | 2,508 | 0,015 |
| Potrzeba zmian | 40,29 | 41,16 | -0,391 | 0,697 |
| Potrzeba oparcia | | | | |
| Potrzeba poniżania się | 51,35 | 54,23 | -1,185 | 0,241 |
| Potrzeba ulegania | 48,26 | 50,42 | -1,251 | 0,216 |
| Gotowość do poradnictwa | 49,29 | 51,58 | -1,378 | 0,173 |

Analizując dane warto wspomnieć o pewnym zróżnicowaniu wyników między grupami, choć statystycznie nieznaczącym, lecz wskazującym na pewną tendencję w skali Przystosowania osobowościowego i Potrzeby pokazania się. Z otrzymanych rezultatów wynika, że kobiety po amputacji gruczołu piersiowego osiągnęły wartości średnie wyższe o 3,76 punktu niż kobiety z grupy kontrolnej ($t=-1,849$; $p\leq 0,068$). Może to świadczyć o występowaniu u nich potrzeby do lepszego przystosowania się oraz większej życzliwości, wyrażanej w przyjaznym stosunku do innych w porównaniu z kobietami zdrowymi.

Wyższe wartości średnie wyników, uzyskane przez kobiety po mastektomii w skali mierzącej Potrzebę pokazania się ($t=-1,803$; $p\leq 0,075$) również wskazują na występowanie pewnej tendencji. Kobiety po amputacji piersi mogą przejawiać większy egocentryzm niż kobiety z grupy kontrolnej. Może cechować je skłonność do zwracania na siebie uwagi, pewność siebie, rozważa, śmiałość oraz impulsywność.

W pozostałych wymiarach osobowości, ujmowanych przez Test Przymiotników ACL nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic.

Analizując dane, dotyczące realnego obrazu siebie u kobiet ze schorzeniami skóry, zauważono iż podobnie jak w przypadku kobiet po mastektomii, badane grupy uzyskały wyniki mieszczące się w granicach wyników przeciętnych (40–60 punktów).

W następstwie przeprowadzonej analizy danych zawartych w Tabeli 4 okazało się, że najistotniejsza statystycznie różnica dotyczyła Potrzeby samokontroli ($t=-3,008$; $p\leq 0,004$). Z uwagi na fakt, iż wyższe wyniki osiągnęły kobiety nie mające problemów dermatologicznych, należy wnioskować, że są one bardziej sumienne, odpowiedzialne i godne zaufania niż kobiety z chorobami skóry. Kobiety z grupy eksperymentalnej można określić jako bardziej impulsywne, mniej przestrzegające norm społecznych, co może w konsekwencji prowadzić do odrzucenia ich przez otoczenie.

Godne uwagi są także różnice w zakresie skali określającej Potrzebę agresji ($t=2,508$; $p\leq 0,015$). W przypadku kobiet chorych średnia wyników osiągnęła wyższy poziom niż u kobiet zdrowych. Świadczy to o tym, iż kobiety chore okazały się bardziej nastawione na walkę i rywalizację, samolubne, pozbawione samokontroli oraz w mniejszym stopniu nie liczące się w swym postępowaniu z innymi, tymczasem kobiety z grupy kontrolnej wykazywały więcej szczerości, łagodności, cierpliwości a także konformizmu.

Kolejnymi wymiarami, ujmowanymi przez Test Przymiotników ACL, w których stwierdzono istotne statystyczne różnice były: Liczba zaznaczonych przymiotników i skala Potrzeby porządku.

Uzyskane wyniki badań dowodzą, że kobiety z problemami dermatologicznymi zaznaczyły mniej przymiotników w teście niż kobiety z grupy kontrolnej, co świadczyło o tym, iż w większym stopniu cechowały je skłonność do izolowania się, ostrożność w kontaktach międzyludzkich oraz brak pewności siebie (Tabela 4).

Biorąc pod uwagę wynik w skali Potrzeba porządku okazało się, że zachodzi statystycznie istotna różnica między kobietami ze schorzeniami skóry a kobietami zdrowymi, przy czym wyższą średnią uzyskały kobiety zdrowe ($t=-2,464$; $p\leq 0,017$). Wyniki badań dowodzą, że wśród chorych kobiet dominowały żywiołowość, impulsywność, preferowanie różnorodności oraz niechęć do ostrożności i oczekiwania. Natomiast kobiety zdrowe były o wiele bardziej poważne, solidne, kładące nacisk na ład i planowanie, choć tracące przy tym swoją indywidualność i spontaniczność.

Różnice na poziomie statystycznie istotnym między kobietami z problemami dermatologicznymi a kobietami zdrowymi stwierdzono także w zakresie skali określającej Potrzebę pokazania się ($t=2,059$; $p\leq 0,044$). Zaskakujący zdaje się być fakt, że kobiety chore uzyskały w tej skali wyższe wyniki średnie (50,35) niż kobiety zdrowe (45,97), co dowodzi, iż częściej podejmowały one działania prowadzące do zwrócenia na siebie uwagi. Kobiety bez problemów dermatologicznych opisywały siebie jako bardziej nieśmiałe, zahamowane, unikające publicznych prezentacji i dużych zgromadzeń ludzkich (Tabela 4).

Porównując średnie wyniki badanych grup w skali Potrzeba rozumienia siebie i innych daje się zauważyć dość wyraźna tendencja do osiągania zróżnicowanych rezultatów przez kobiety chore i zdrowe. Z danych tych, zawartych w Tabeli 4 wynika, że kobiety ze schorzeniami skóry uzyskały niższy wynik (44,19) niż kobiety z grupy kontrolnej (48,42) ($t=-1,887$; $p\leq 0,064$), co świadczy, że są one bardziej skłonne do działań niż do refleksji. Z kolei w grupie kontrolnej dominowały takie cechy jak sumienność, nastawienie refleksyjne oraz skłonność do rozmyślenia na swój temat.

Konkludując należy stwierdzić, że w pozostałych wymiarach osobowości, ujmowanych przez Test Przymiotników ACL nie stwierdzono różnic statystycznie istotnych.

Dyskusja

Problematyka związana ze spostrzeganiem swojej osoby i świata, z poczuciem własnej wartości oraz wyobcowania, czy odrzucenia towarzyszącego osobom, których wygląd fizyczny został zmieniony przez wpływ choroby jest bardzo istotna z punktu widzenia zarówno medycyny, jak i psychologii. Amputacja piersi czy schorzenia skóry to nie tylko problem natury kosmetycznej, ale także bardzo ważny problem psychologiczny.

Celem przedstawionych badań było określenie poziomu samooceny oraz *ja realnego* u kobiet po zabiegu amputacji piersi i u kobiet ze schorzeniami skóry.

Rezultaty badań, będące wynikiem zastosowanych metod badawczych, pozwoliły na wyciągnięcie wielu interesujących i z badawczego punktu widzenia, zaskakujących wniosków.

Zaznaczyć należy, że poziom samooceny określono w oparciu o Test Przymiotników ACL H. G. Gouha i A. Helibruna. W analizie statystycznej wyników wykorzystano wskaźnik podobieństwa profili (IP).

Uzyskane rezultaty badań dowiodły, że kobiety po amputacji gruczołu piersiowego, jak również kobiety cierpiące z powodu chorób skóry osiągnęły niższe wartości średnie współczynnika podobieństwa profili (IP) niż kobiety zdrowe. Świadczy to o przejawianym przez nie wyższym poziomie samoakceptacji, czyli większej zgodności między *ja realnym* a *ja idealnym*. Tym samym hipotezy H1 i H2 nie zostały potwierdzone. Jest to wynik zaskakujący, bowiem w literaturze z tego zakresu przeważają opinie o zaniżonej samoocenie osób, których udziałem są wymienione wyżej choroby [1—3, 13, 15].

Różne od oczekiwanych rezultaty badań własnych mogą być interpretowane jako efekt nastawienia obronnego, występującego zarówno u kobiet po amputacji piersi oraz u kobiet ze schorzeniami dermatologicznymi.

Dokonując analizy porównawczej w zakresie obrazu realnego można stwierdzić, iż między kobietami po amputacji gruczołu piersiowego a kobietami zdrowymi wystąpiło mniej istotnych statystycznie różnic niż między kobietami ze schorzeniami skóry a kobietami zdrowymi.

W realnym obrazie siebie kobiety po mastektomii cechowały się większym poziomem pewności siebie, tendencją do dominacji, większą wytrwałością w działaniu, zaangażowaniem, silniejszym dążeniem do osiągnięcia sukcesu, a także częstszym podejmowaniem działań, mających na celu poszukiwanie i utrzymywanie przyjaznych stosunków z wieloma osobami niż kobiety z grupy kontrolnej.

Natomiast kobiety ze schorzeniami skóry w realnym obrazie siebie uzyskiwały niższe wyniki w skali samokontroli niż kobiety nie mające problemów dermatologicznych, świadczące o przejawianym przez nie pewnym stopniu nieprzystosowania, nieodpowiedzialności, co w konsekwencji mogło prowadzić do odrzucenia przez otoczenie. Mniejsza liczba zaznaczonych przymiotników przez kobiety chore mogła wskazywać na to, iż mimo, że cechuje je większy indywidualizm niż kobiety zdrowe, to jednak częściej są one narażone na przeżywanie niepokoju i zwątpienia. Wyniki uzyskane w skali mierzącej potrzebę ładu i porządku przez kobiety cierpiące na choroby skóry wskazują na to, iż są one bardziej niż kobiety zdrowe impulsywne, mniej ostrożne czy rozważne. Chore jednostki zaznaczyły także znacznie mniej określających je przymiotników pozytywnych niż kobiety zdrowe, co świadczy o tym, iż częściej mogą one przeżywać niepokój czy zwątpienie w siebie. Źródłem przeżywanych przez nie stanów mogą być reakcje innych ludzi na ich wygląd oraz procesy porównań społecznych.

Inne, dość wyraźne różnice między obrazem realnym pomiędzy badanymi grupami kobiet stwierdzono w skalach Potrzeba pokazania się oraz Potrzeba agresji. Uzyskane wyniki badań dowiodły, że kobiety z problemami dermatologicznymi częściej zachowały się w sposób mający zwrócić na nie uwagę otoczenia niż kobiety zdrowe. Podkreśla się tu ich nastawienie narcystyczne, egocentryczne. U kobiet po mastektomii zauważono pewną tendencję także do tego typu zachowań, jednakże nie znaczącą statystycznie. Rozbieżności w poziomie nasilenia tych postaw może tłumaczyć fakt,

że kobiety po amputacji piersi brały udział w spotkaniach grup terapeutycznych.

Wyższy średni wynik w skali określającej poziom agresji, uzyskany przez kobiety ze schorzeniami skóry wskazywał na ich większą skłonność do zachowań agresywnych wobec otoczenia. Zaznacza się dość wyraźnie u nich nastawienie na walkę i współzawodnictwo oraz na pewne trudności w kontrolowaniu swych emocji.

Z przedstawionej analizy porównawczej badanych grup wynika, iż obraz realny kobiet po mastektomii jest bardziej korzystny z punktu widzenia funkcjonowania jednostki, zarówno w wymiarze osobowościowym, jak i społecznym niż obraz realny kobiet z problemami dermatologicznymi, co potwierdziło hipotezę piątą. Badania własne odsłoniły pewne obszary psychiczne chorej jednostki, na które warto ukierunkować oddziaływania terapeutyczne, np. radzenie sobie z emocjami, postawa egocentryczna, przejawianie zachowań agresywnych czy szeroko pojmowane przystosowanie do otoczenia.

Niewątpliwie na powyższe rezultaty badań miał wpływ fakt, iż kobiety po mastektomii uczestniczyły w spotkaniach grupy wsparcia, jaką stanowi Klub Amazonek. Wykonana tam praca terapeutyczna miała z pewnością silny wpływ na spostrzeganie siebie. Po traumatycznym doświadczeniu, za jakie uważa się chorobę nowotworową kobiety mogły uzyskać pomoc w poznaniu swych mechanizmów obronnych oraz nauki sposobów radzenia sobie z emocjami, co sprawiło, że poczuły się silniejsze i pewniejsze siebie.

Piśmiennictwo

- Adamczak M (1988) Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań
- Baum M, Meredith S, Saunders C (1995) Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy. PWN, Warszawa
- Chojnacka-Szawlowska G (1994) Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław
- Cialdini RB, Kenrick DT, Neuberg SL (2002) Psychologia społeczna. GWP, Gdańsk
- Gupta M, Gupta A (1995) Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol* 34:700—703
- Gupta M, Gupta A, Wattell G (1998) Perceived deprivation of social touch in psoriasis is associated with greater psychologic morbidity: an index of the stigma experience in dermatologic disorders. *Cutis* 34:339—342
- Jaros M (1978) Psychologia lekarska. PWN, Warszawa
- Kowalcuk-Zieleniec E, Nowicki R, Majkowicz M (1999) Jakość życia w dermatologii. Metody pomiaru. *Przegl Dermatol* 86:153—156
- Kozielecki J (1986) Psychologiczna teoria samowiedzy. PWN, Warszawa
- Maciarz A (1998) Psychoemocjonalne i wychowawcze problemy dzieci przewlekle chorych. *Impuls*, Kraków
- Mika K (1975) Rehabilitacja po radykalnej operacji sutka z powodu raka. *Pol Tyg Lek* 30:43:1809—1811
- Pietkiewicz B, Karniewska J (2003) Szpetni źle widziani. *Polityka* 2;2383:74—77
- Stelcer B (1999) Chory i jego cierpienie w ujęciu Don Flaminga. *Psychoonkologia* 2:51—61
- Studen S, Janowski (2000) Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne. *Przegl Dermatol* 3:257—261
- Terelak JF (1997) Studia z psychologii stresu. ATK, Warszawa

Dodatkowym argumentem wyjaśniającym odmiennność w ujawnianiu siebie może być fakt, iż brak piersi nie jest tak widoczny w pierwszym kontakcie, jak chora skóra na twarzy, rękach czy szyi. Istnieją także pewne formy zmniejszenia rozmiaru asymetrii ciała, jak np. protezy silikonowe czy specjalistyczna odzież. W przypadku schorzeń skóry ukrywanie defektu nie zawsze jest możliwe. Według Kowalcuk-Zieleniec i współpracowników pacjenci ze schorzeniami skóry (łuszczyca, atopowe zapalenie skóry, wyprysk, trądzik) uważają, że choroba wpływa na ich życie bardziej niż rak podstawnokomórkowy brodawki czy znamiona twarzy. Mniejsze znaczenie ma rozległość zmian skórnych, która nie zawsze koreluje ze stopniem obniżenia jakości życia chorych. Ważna natomiast jest lokalizacja zmian, szczególnie w okolicy odkrytych obszarów ciała (twarzy i rąk) oraz genitaliów, gdyż sprawia ona najwięcej problemów emocjonalnych [8].

Podsumowując należy podkreślić, iż dla osób, których wygląd zewnętrzny został niekorzystnie zmieniony w wyniku procesu chorobowego bardzo ważne jest oddziaływanie lecznicze zarówno lekarza, jak i psychologa. Kontakt z innymi osobami doświadczającymi podobnych problemów może stanowić dodatkowy czynnik wpływający na podniesienie jakości życia chorych. Proponowane wskazówki praktyczne do oddziaływań terapeutycznych w tym obszarze dotyczyłyby udziału hospitalizowanych pacjentek Kliniki Dermatologicznej w spotkaniach grupy wsparcia. Umożliwienie wymiany doświadczeń, zdobycia umiejętności przewartościowywania sytuacji, trening kontroli emocji oraz zdobywanie nowych kontaktów międzyludzkich z pewnością byłoby pomocne w modelowaniu optymalnego obrazu siebie.